

tiras reactivas utilizadas para la monitorización de la glucosa en domicilio.

El mayor porcentaje de los pacientes incluidos en nuestro estudio (62,7%) se presentó en mujeres, y la edad media fue de $67,1 \pm 10,4$ años (rango de 46 a 88). De los 51 pacientes, 36 (70,6%) se trataban con antidiabéticos orales, 5 (9,8%) se trataban con insulina y 10 (19,6%) se trataban con ambos antidiabéticos orales e insulina. No se ha encontrado ninguna correlación entre los valores de las HbA1C y el número de tiras reactivas utilizadas para la monitorización de la glucosa en domicilio ($r: 0,003$; valor de $p = 0,99$) (fig. 1).

Posteriormente, hemos comprobado la misma correlación entre los valores de las HbA1C y el número de tiras reactivas utilizadas para la monitorización domiciliar de la glucosa en los 36 diabéticos tipo II que se trataban con antidiabéticos orales. Se ha encontrado una correlación positiva, contradictoria del supuesto beneficio del uso de la tiras reactivas ($R: 0,185$; valor de $p = 0,28$).

Estos resultados coinciden con los resultados de otro estudio reciente llevado a cabo en el Distrito Sanitario Córdoba Sur. Este estudio piloto incluyó 20 pacientes con antidiabéticos orales que utilizan tiras reactivas para su control. Los resultados del estudio han demostrado una correlación positiva entre el consumo de tiras reactivas de glucosa y el control de la glucosa a través de los valores de la HbA1C. Esta correlación no fue estadísticamente significativa³.

Nuestros resultados demuestran que la monitorización domiciliar de la glucosa en los pacientes diabéticos no es nada útil. Son precisos futuros estudios de investigación con tamaño muestral grande para confirmar estos resultados.

doi:10.1016/j.aprim.2009.12.012

Bibliografía

1. Farmer A, Wade A, Goyder E, Yudkin P, French D, Craven A, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: Open parallel group randomised trial. *BMJ*. 2007;335:132.
2. Waldron-Lynch F, Dinneen S. Self-monitoring of blood glucose did not improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes not treated with insulin. *Evid Based Med*. 2008; 13:7.
3. Moyano MC, Allam MF, Fernández MF, Cobo JR, Montoya JB. Monitorización de la glucosa en domicilio y control de diabetes. VII Jornadas de Primavera de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Cádiz 18 de Mayo de 2008.

Pilar Bartolomé Duran^a, Mohamed Farouk Allam^{b,*}
y M^a Dolores Corpas Moyano^b

^aCentro de Salud de Santa Rosa, Distrito Sanitario Córdoba, Córdoba, España

^bUnidad de Epidemiología, Investigación y Programas de Salud, Sección de Salud Pública del Distrito Sanitario Córdoba Sur, Lucena, Córdoba, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

mohamed.farouk.sspa@juntadeandalucia.es
(M. Farouk Allam).

Utilización de antibióticos en infecciones respiratorias agudas en atención primaria

Antibiotic use in acute respiratory infections in Primary Care

Sr. Director:

Con el objetivo de determinar si la asistencia a una sola sesión clínica en la que se presentan las recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre utilización de antibióticos (Atb) en infecciones respiratorias agudas de vías superiores (IRAVS) es útil para cambiar los hábitos prescriptores, se realizó un estudio de intervención con evaluación de resultados antes y después sobre el personal médico de un centro de salud (7 médicos de familia y 5 residentes).

La intervención consistió en una sesión clínica, en la que se mostraron los resultados de la evaluación del hábito de prescripción individualizado para cada uno de los facultativos durante el mes anterior, y se expuso y se entregó un documento resumen de las guías de práctica clínica sobre indicaciones de Atb en los cuadros de IRAVS. Previamente, se pidió que cumplimentaran un cuestionario sobre casos clínicos de IRAVS.

Los diagnósticos incluidos fueron nasofaringitis aguda (código 460 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades [CIE] 9), amigdalitis aguda (código 463 de la

CIE9), otitis media aguda (código 381 de la CIE9), sinusitis aguda (código 461 de la CIE9), faringitis aguda (código 462 de la CIE9), laringotraqueítis aguda (código 464 de la CIE9) y bronquitis aguda (código 466 de la CIE9).

Se evaluó la utilización de Atb en los cuadros de IRAVS un mes antes y un mes después de la intervención. Se calculó el tamaño de la muestra necesario para obtener un cambio en ésta del 10%: se incluyeron 386 casos en el grupo anterior a la intervención y 408 en el grupo postintervención, que eran comparables en edad, sexo y distribución de diagnósticos. En la tabla 1 se muestran los resultados.

La indicación de Atb se ha reducido del 36,3% de los casos al 23,5%, sin variar el número de fármacos no Atb indicados ni aumentar la indicación de Atb en las consultas ulteriores. El número de consultas adicionales necesarias para resolver el proceso aumentó de 0,23 a 0,34.

Antes de la intervención, la tasa de utilización de Atb era del 36,3%, cifra que no parece muy elevada si tenemos en cuenta otros estudios. En un estudio polaco realizado en el ámbito de atención primaria¹ se indicaron Atb en el 61,1% de los casos, pero el diagnóstico se orientaba a enfermedades de causa bacteriana. En estudios realizados en atención primaria con criterios de inclusión parecidos a los de este estudio, se indicaron Atb en entre el 56² y el 63%³ de los casos. Se estima que casi el 50% de estas prescripciones podrían no ajustarse a las recomendaciones de la guías⁴. En un estudio norteamericano, los médicos de familia indicaban tratamiento Atb en el 44,5% de los casos de IRAVS, el doble de lo previsto en las guías⁵.

Tabla 1 Comparación de variables antes y después de la intervención

	Antes	Después	p
Edad: media (DE)	48,3 (20,6)	45,6 (20,5)	0,06
Sexo (porcentaje de mujeres)	66,6%	63,7%	0,40
Días de evolución: media (DE)	7,2 (10,8)	5,7 (10,8)	0,16
Cambio de diagnóstico	3,1%	3,7%	0,66
Enfermedad crónica	12,7%	12,0%	0,83
Datos de anamnesis	68,1%	73,8%	0,08
Datos de exploración	47,1%	51,5%	0,48
Número de fármacos no Atb indicados (media)	1,64	1,67	0,64
Se indica Atb en la 1.ª consulta*	33,7%	18,6%	<0,0001
Se indica Atb posteriormente*	3,4%	5,4%	0,17
Indicación global de Atb	36,3%	23,5%	<0,0001
Consultas adicionales* media (DE)	0,23 (0,62)	0,34 (0,76)	0,02

Atb: antibióticos; DE: desviación estándar.
 *Diferencias significativas: $p < 0,05$.

Dado que se han descrito diferencias geográficas³ e influencia de la especialidad médica en el hábito prescriptor de Atb⁶, quizá los datos de uso de Atb no sean extrapolables al conjunto de centros de salud.

Puede concluirse que una sesión clínica en el centro de salud es capaz de cambiar los hábitos de prescripción de Atb en cuadros de IRAVS y disminuir su utilización.

Bibliografía

- Chlabicz S, Magorzata-Otarzewska A, Pytel-Krolczuk B. Respiratory tract infections: Diagnosis and use of antibiotics by family physicians in north-eastern Poland. *Int J Antimicrob Agents*. 2004;23:446–50.
- Andre M, Odenholt I, Schwan A, Axelsson I, Eriksson M, Hoffman M, Swedish Study Group on Antibiotic Use, et al. Upper respiratory tract infections in general practice: Diagnosis, antibiotic prescribing, duration of symptoms and use of diagnostic tests. *Scand J Infect Dis*. 2002;34:880–6.
- Steinman MA, Landefeld S, Gonzales R. Predictors of broad-spectrum antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in adult primary care. *JAMA*. 2003;289:719–25.
- Akkerman A, Kuyvenhoven M, Van der Wouden JC, Verheij T. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2005;56:930–6.
- Wigton RS, Darr CA, Corbett KK, Nickol DR, Gonzales R. How do community practitioners decide whether to prescribe antibiotics for acute respiratory tract infections?. *J Gen Intern Med*. 2008;23:1615–20.
- Llor C, Cots JM, Boada A, Bjerrum L, Gahrn-Hansen B, Munck A, grupo de estudio AUDITINF02, et al. Variabilidad de la prescripción antibiótica en las infecciones respiratorias en dos países de Europa. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:598–604.

Francisca Rivera Casares*, Juliana Fernández Molina,
Lara González García y M^a José Richart Rufino

Centro de Salud Fuensanta, Departamento 9, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frivera@comv.es (F. Rivera Casares).

doi:10.1016/j.aprim.2009.02.012

¿Por qué van a la consulta del médico de familia los pacientes y qué quieren saber sobre sus enfermedades o dolencias? Un estudio portugués

Why do patients consult the family doctor and what do they want to know about their illnesses and ailments? A Portuguese study

Sr. Director:

El médico de familia se enfrenta diariamente con un gran número de personas; cada una de ellas portadora de una

agenda propia con síntomas o aspectos que reflejan un determinado estado biopsicosocial, que debe interpretarse después mediante un complejo sistema de percepciones, asociaciones e interpretaciones, para realizar una adecuada valoración del cuadro y aplicar medidas de seguimiento y de atención¹.

El abordaje paternalista clásico de la profesión médica marca claramente la conducta que debe seguirse ante cada caso². Actualmente es necesario adoptar una conducta no paternalista e informativa, tanto por razones éticas y deontológicas^{3,4} como por el hecho de que los pacientes están cada vez más capacitados para convivir y responsabilizarse de sus problemas. Lo mismo ocurre con la terapéutica⁵. Las razones para ir al médico, las expectativas sobre la importancia de los signos y de los síntomas, la valoración